

Psychiatrie und Suchtmedizin eine Annäherung



Martin Kurz

21. Substitutionsforum
5./6. Mai 2018, Mondsee

Themen

- Problemlage
- Sozialisation in der Medizin
- Rollen von Psychiatrie und Suchtmedizin
- Bedürfnisse von Behandlern und Patienten
- Sicherheit und Risiko
- Komorbidität
- Institutionen in der Not
- Lösungsansatz Recovery und Partizipation
- Ein Beispiel

Problemlage

(Kontra-)indikationen:

- „ ... Nüchtern bei der Aufnahme zur Entzugsbehandlung ...“
- „ ... keine psychotische Erkrankung, organische Beeinträchtigung, Pflegebedürftigkeit „
- „ Muss vorher endlich Konsequenzen spüren und Verantwortung übernehmen“
- „ Ohne Nachbehandlung macht Entzug keinen Sinn“
- „ ... keine Suchterkrankung, organische Beeinträchtigung, Pflegebedürftigkeit ...“
- „ Psychiatrische **und** Suchterkrankungen ...“

Die Rolle der Akut (Sucht-) Psychiatrie

An: LSF

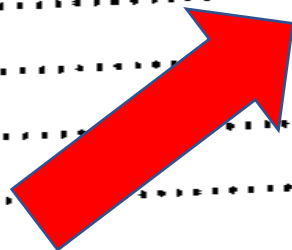
Diagnose(n): C2 - Intox.

! HIV, Hep B, Hep C !

⊙ # suprap. Meningitis re. ⊙

Leistung(en): Verwahrung höf.

erleben



Die Sicht der Betroffenen zum Thema Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht und Selbstentwertung (Patricia Deegan, 2004)

„Hinzu kommt, dass vollständige Programme, Dienstleistungssysteme und Behandlungsmodelle ebenfalls in dieser Verzweiflung und Qual verfangen sein können. ***Diese Systeme fangen an, sich gleich zu verhalten wie eine Person mit psychiatrischer Beeinträchtigung, die die Hoffnung aufgegeben hat. Ein System, das die Hoffnung aufgegeben hat, verbringt mehr Zeit damit, Programmteilnehmer auszuschließen als sie einzuladen. ...***

„... Dienstleistungssysteme, welche die Hoffnung aufgegeben haben, versuchen, mit der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit dadurch fertig zu werden, dass sie sich genau von den Menschen distanzieren und isolieren, die sie eigentlich betreuen sollten.“

„Hören Sie nur auf die Sprache, die wir gebrauchen: In solchen psychiatrischen Systemen haben wir ***„Gatekeeper“ oder „Schaltstellen“, deren Aufgabe es ist, Dienstleistungsbenützer zu „sieben“ (screen) und zu „verlegen“ (divert). In der Tat gebrauchen wir die Sprache des Krieges in unserer Arbeit.*** Z.B. reden wir davon, „Frontpersonal“ ins „Feld“ zu schicken, um „Behandlungsstrategien“ für die „Zielbevölkerungen“ zu entwickeln.“

Werdegang von ÄrztInnen

Prägung, Rollen, Auftrag, Kontext

- Studium:
Initiationsrituale, Ausbeutung, Demütigung, Verheißung
- Rollen:
Experte, moralische Instanz, Unternehmer, Techniker, Mediator, Tröster, Versorger, Leistungsträger der Gesellschaft, Macht-Träger
- „Dienstleister oder Heilkünstler?“
- „Heilen oder Lindern?“
- „Gesundheitswesen oder Krankenbehandlungsstruktur?“
- Paternalistisch - familiäre Hierarchien
- Loyalität – Ehre vs. professionelle Kooperation

Berufs- perspektiven

„möglichst schnell einen
Porsche ...?“

Wenn man möglichst viel Kohle machen möchte: Radiologie, LABORMEDIZIN, Orthopädie, Augen, Derma, Patho, Strahlentherapie (dies alles nur in eigener Praxis mit entsprechenden hohen Anfangsinvestitionen (z.T. Mio €) und – bei Ortho – zusätzlich als Belegoperateur).

ODER: Uniklinik + Habil + Primararzt (mit viel Sonderklasse) in fast allen Fächern außer Kinder/Psych.

ODER: Gute work-life-balance auch schon in der Ausbildung und erst recht hernach (keine oder kaum anstrengende ND) – Derma, HNO, Uro, Patho, Strahlen, Physikalische, Radio je nach Haus. Labor, Hygiene.

ODER: Masochist – Unfall, Gyn, Innere, Chirurgie, Neurochirurgie, Kinder, Psych, Anästhesie

ODER: Randsachen – Palliativ mit Onko (fast in allen klassischen Fächern), Suchtmedizin, Geriatrie, Schmerztherapie, Komplementärsachen (Basisfächer – fast- egal).....

ODER: so schnell wie möglich ins Management oder in die "Freie Wirtschaft" (Pharma, Unternehmensberatung, KH-Management.....)

ODER: Amtsarzt

Operation Facharzt

ScrubsMag

Magazin für
Studierende der
Heilberufe



Rollen der Psychiatrie

- Abwehr von Gefahr; „Herrin des Wahnsinns“
- Ordnungsmacht, Sicherung, Verwahrung
- Normalisierung, Anpassung, Disziplinierung
- Heilung von („degenerativen“) Krankheiten mittels „naturwissenschaftlicher“ Methoden
- Psychotherapeutische Medizin
- Sozialpsychiatrische „Ghettos“ auch außerhalb der Anstalten
- Vollzug gesellschaftlicher Normen

Assaultive and belligerent?



Cooperation often begins with **HALDOL**[®] (haloperidol)

a first choice for starting therapy

Acts promptly to control aggressive, assaultive behavior

Several studies have reported the special effectiveness of HALDOL (haloperidol) in controlling disruptive and dangerously assaultive behavior.^{1,2} Even the number of violent assaults committed by a group of criminal psychotics "resistant to maximal doses of phenothiazines" was reduced substantially during treatment with HALDOL.³ Symptom control can be achieved rapidly, frequently within a few hours when the intramuscular form is used for initial control of acutely agitated psychotic states.⁴

Usually leaves patients relatively alert and responsive

Although some instances of drowsiness have been observed, marked sedation with HALDOL (haloperidol) is rare. In a report on a study with criminal psychotics the investigator states, "The patients remained alert and more amenable to psychotherapeutic intervention."⁵ Another investigator reports that HALDOL "normalizes" behavior and produces a sensitivity to the environment that allows more effective use of the social milieu and the therapeutic community.⁶

Reduces risk of serious adverse reactions

HALDOL (haloperidol), a butyrophenone, avoids or minimizes many of the problems associated with the phenothiazines. Hypotension is rare and severe orthostatic hypotension has not been reported. There is also less likelihood of adverse reactions such as liver damage, ocular changes, serious hematologic reactions and skin rashes.

The most frequent side effects of HALDOL (haloperidol)—extrapyramidal symptoms—are usually dose-related and readily controlled.

1. Bennett, J., Darling, R.F., *Dis. Nerv. Syst.* 32:31 (Jan.) 1971; 2. Mas, P.L., and Chen, C.H., *Psychosomatics* 14:79 (Oct./Feb.) 1973; 3. Saksena, M.L., and Akerson, E., *Paper presented Am. Acad. Family Practitioners Annual Meeting, N.Y.*, Sept. 25-28, 1972; 4. Meehan, R.W., *Dis. Nerv. Syst.* 35:112 (Oct.) 1974; 5. Howard, L.R.C., *Clin. Trials* 2:131 (Fall) 1965.

For information relating to Indications, Contraindications, Warnings, Precautions and Adverse Reactions, please turn page.

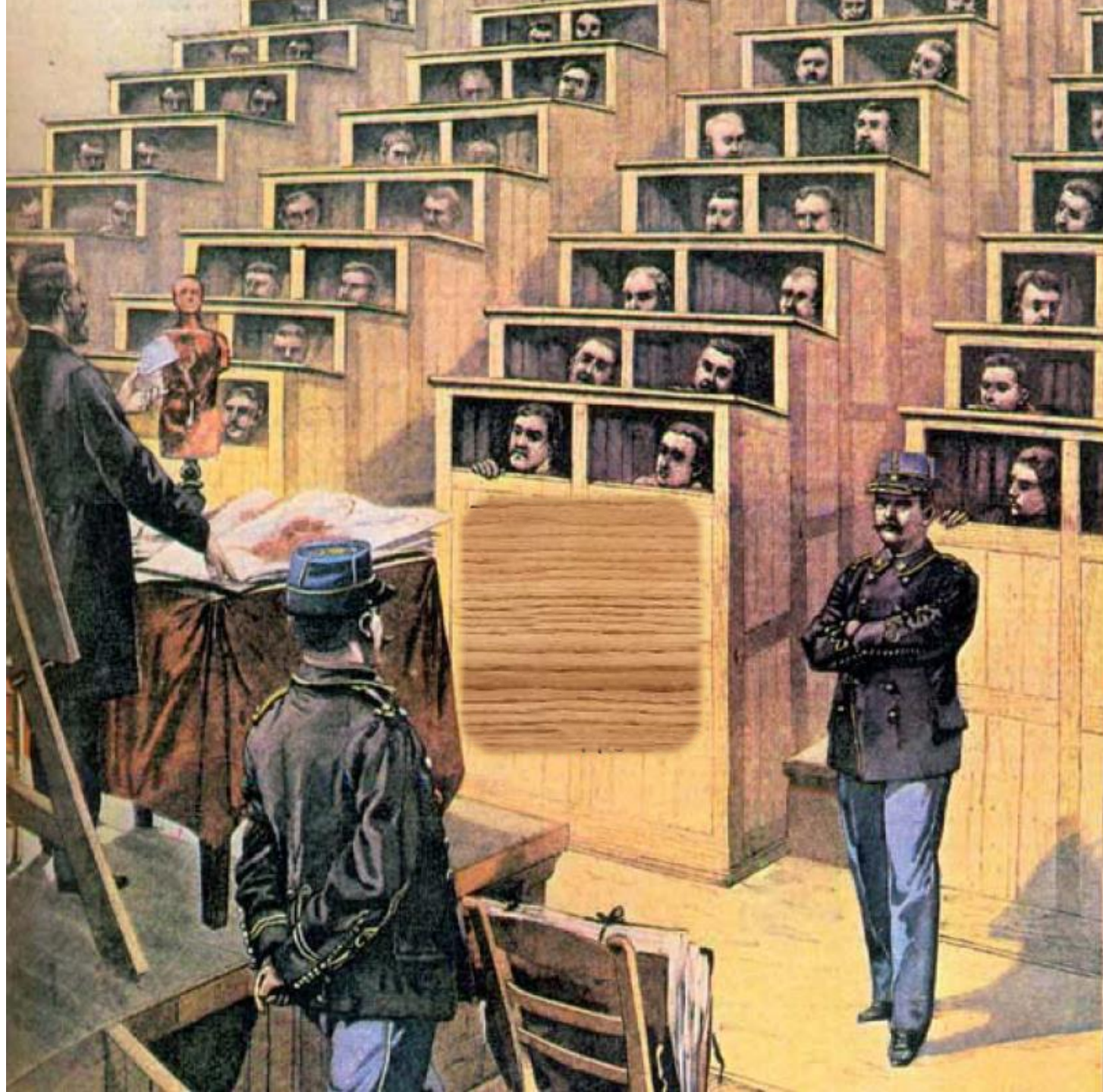
Abbott Laboratories, Inc., 1974

Meilensteine der Suchthilfe/-medizin

- Ca. 1960: Etablierung Sucht als psychiatrische behandlungswürdige Störung
- „Aversive“ Behandlungsmethoden
- Erste Spezialkliniken, Therapeutische Gemeinschaften
- 1970/80: Beginn Substitutionstherapie („Aber ja keine Euphorisierung !“)
- 1995: Anti-Craving Medikamente
- 1990/2000: Erweiterung des Abstinenzparadigmas
- Störungsspezifische Subspezialisierung und Psychotherapie
- Harm Reduction als Primärziel

Alkoholunterricht im Gefängnis

(19. Jhdt., Frankreich)



Bedürfnisse von Behandlern und Patienten

- Abhängigkeiten
- Diskrepanzen
- „Passung“
- Selektion

Bedürfnisse der Behandler (und ihrer Strukturen)

- Sicherheit
- Zielerreichung (möglichst dauerhaft) - Erfolg
- Selbst-Wirksamkeit
- Identität - Rolle
- Territoriale Selbstorganisation
- Gesellschaftliche Position

Was brauchen sie dazu von den Patienten ?

- Krankheitseinsicht
- Motivation (wohin ?)
- Akzeptanz der Krankheitskonzepte
- Anpassung an Therapiemethoden

Mit wem haben wir es zu tun ?

- Menschen in Not
- Ausweglosigkeit
- Ohnmacht
- Alternativlosigkeit
- Ambivalenz statt Entscheidungsmacht
- Körperliche und psychische Krisen
- Sicherheitsbedürfnis
- **Regression auf Ebene der Überlebensstrategien**
→ Ziele ? -> Coping Strategien ? -> Anpassungskompetenz ?



“... When I originally asked the question I made sure I included the "I don't care if I'm technically clean or not" option. I used to be pretty obsessed with whether or not I was clean. Now, not so much. ***"Clean" is just a word. As long as I am happy with how my life is going & I am not being destructive to others or to myself, I'm OK. "***“

<https://drugs-forum.com/forum/showthread.php?t=195375>

Ko-Morbidität von psychiatrischen und substanzbedingten Störungen

- Schizophrenie und bipolare Störung: bis 50% zusätzliche substanzbedingte Störungen
- Dependente, Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörungen generell mit substanzbedingten Störungen in Verbindung
- Angststörungen (Benzodiazepine) und Depression (Alkohol)
- PTSD (Alkohol bis 40%, Drogen bis 80%), ADHS (Alkohol, Opioide, Cannabis)
- Geringere Inanspruchnahme und Aufrechterhaltung von spezialisierter Behandlung

Zeitliches Komorbiditätsmuster von psychischen Störungen und Substanzstörungen (Kessler, 2004)

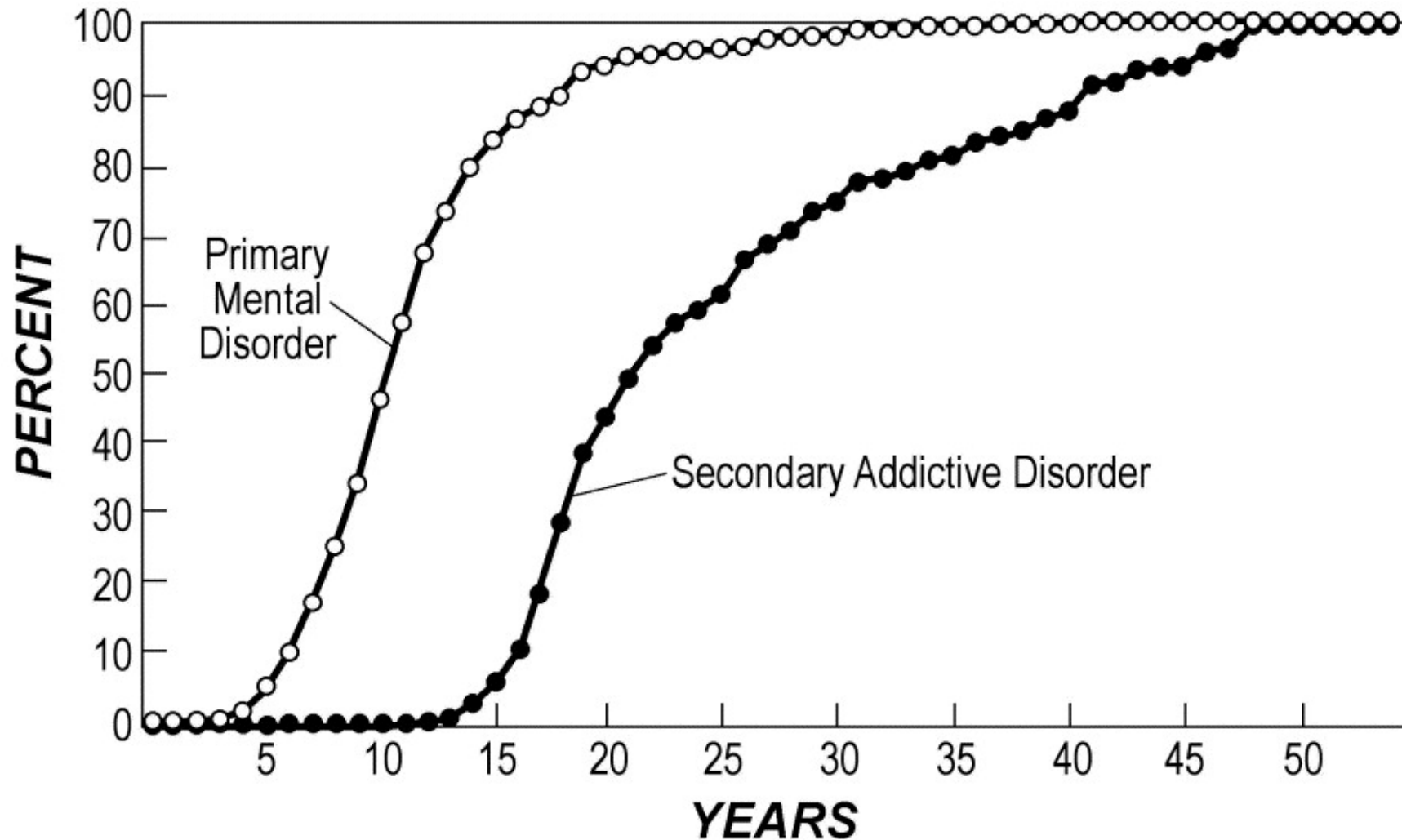
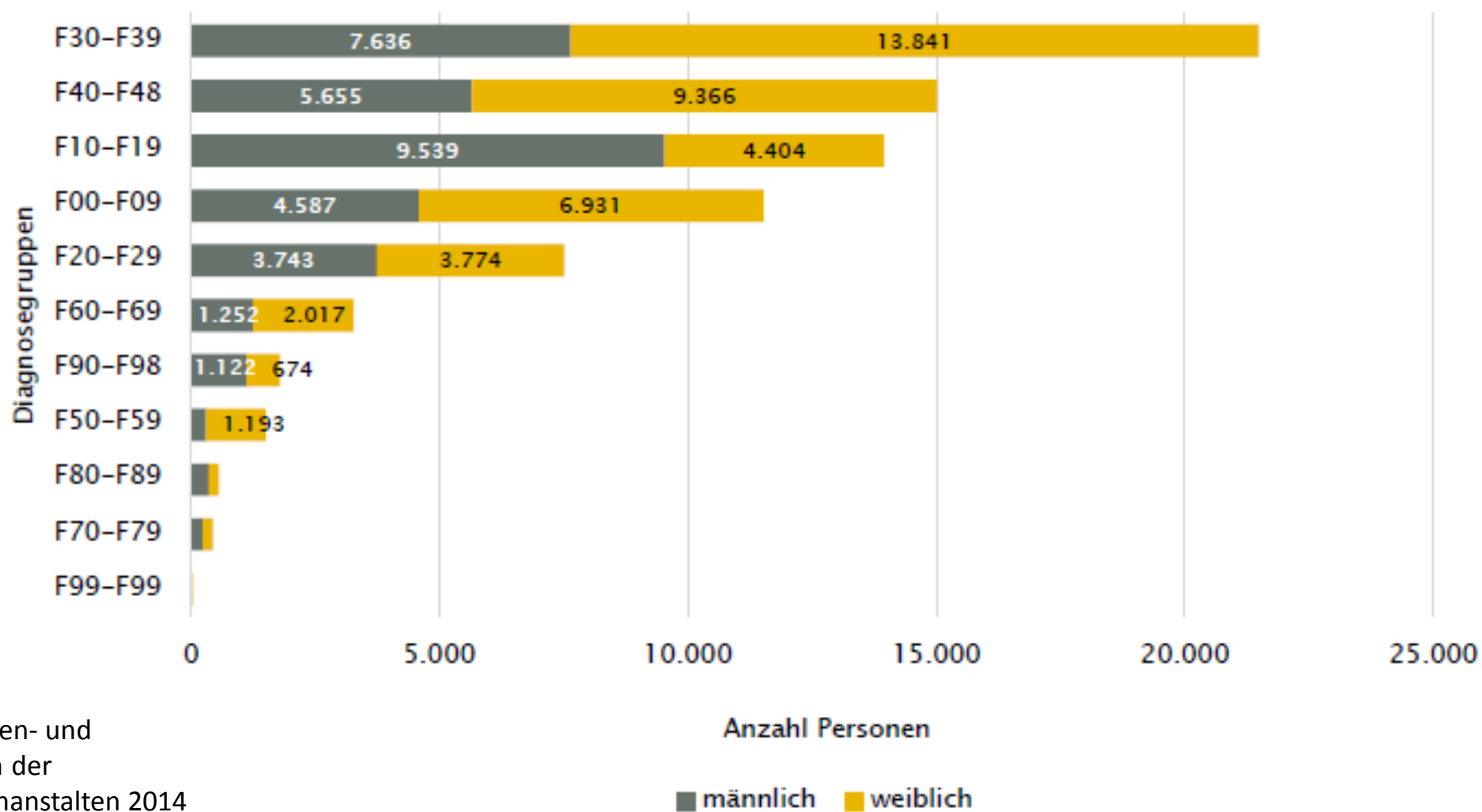


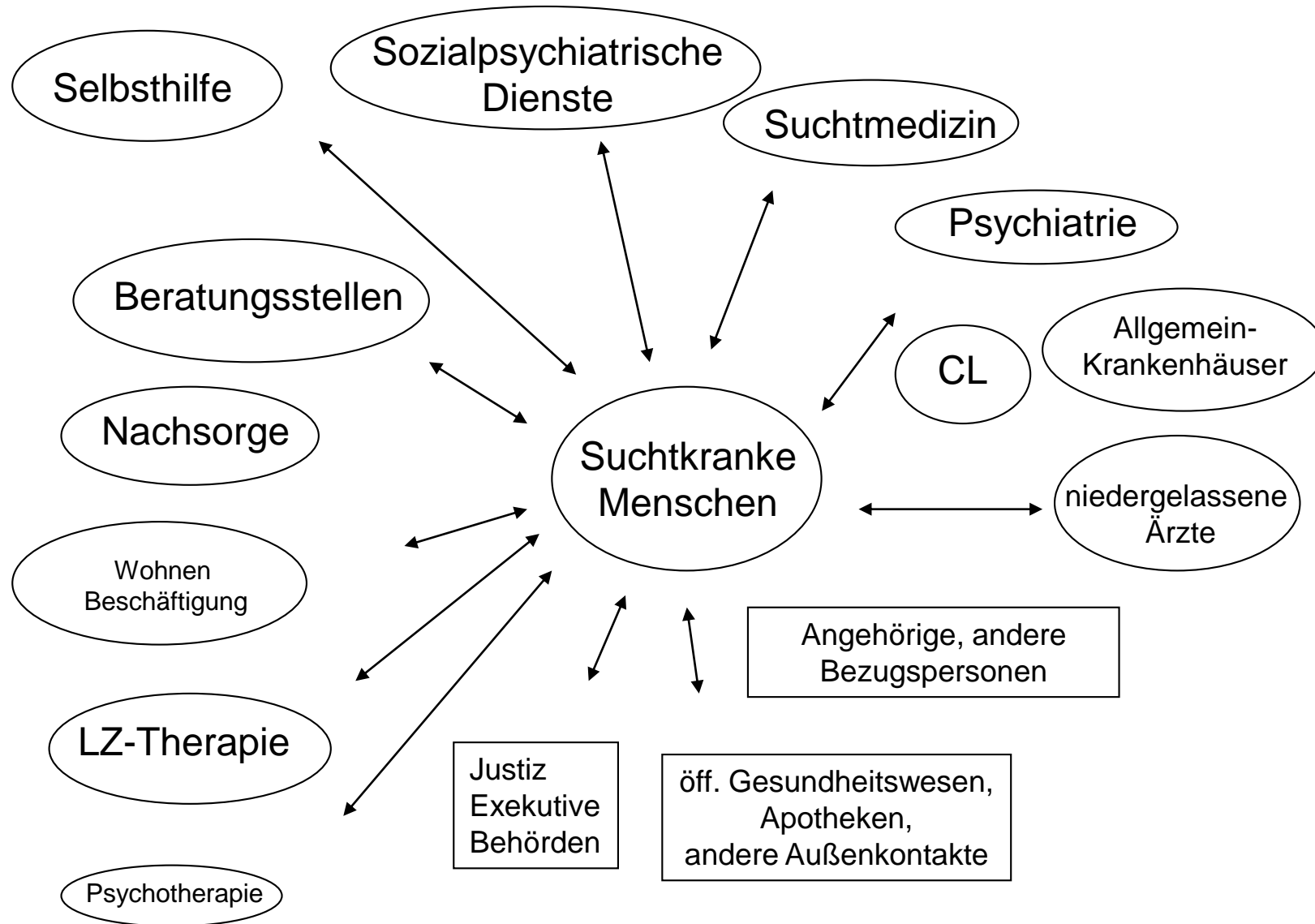
Abbildung 6.47:
 Personen mit stationärem Aufenthalt und einer psychiatrischen Hauptdiagnose
 nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014



Integrierte Behandlung bei Komorbidität

- **Kombination** von somatischer, psychiatrischer, (neuro-) psychologischer, sozialtherapeutischer, familientherapeutischer, suchtmmedizinischer und anderer Interventionen aus einer Hand, die **auf die individuelle Defizit- und Ressourcenlage des individuellen Patienten zugeschnitten** sind.
- Keine sequenziellen Therapieplanungen, bei exzessivem Konsumverhalten eher kurz- bis mittelfristige Stabilisierung ohne Abbruch der Gesamtstrategie
- **Settings und Behandlungsdauer:**
je komplexer die Störung, desto eher stationäre und langdauernde Behandlung;
Verschränkung von stationären und ambulanten Therapiesettings

Behandlungsnetz – Voraussetzung für Kooperation



Institutionen in der „Not“ – Fragmentierung statt Integration

- Konkurrierende Partialinteressen der Geldgeber und Entscheidungsträger in Gesundheits-, Sozial- und Sicherheitspolitik (Parteien, Budgets, Finanzierungsmodelle)
- Abhängigkeiten - falsche Aufträge (Instrumentalisierung)
- Intransparenz der Rollen und Verantwortlichkeiten
- Selbstreferenzialität und –überhöhung (Wahrheit)
- **Isolation - Abschottung**
- Ohnmacht - Resignation
- Entwertung der „Anderen“ - Spaltung

Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie

Die Recovery-orientierte psychiatrische Behandlung umfasst vier Schlüsselwerte: Personenorientierung, Betroffenen einbezug, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit sowie die Anerkennung eines Wachstumspotentials. Von einer therapeutischen Haltung, die das autonom selbstbestimmte Wohl der Patienten ernst nimmt, könnte neben der Psychiatrie möglicherweise die gesamte Medizin profitieren.

„Der Recovery-Ansatz will den individuellen, betroffenen Menschen – die Person im philosophischen Sinne – in den Mittelpunkt einer Behandlung rücken, ohne dass primär Defizite benannt und aufgezählt werden oder Abweichungen von einer scheinbaren Normalität definiert werden. Neu ist dieser Ansatz nicht, er deckt sich mit einer sozialpsychiatrisch/psychotherapeutischen Haltung, wie sie schon lange, aber nicht immer und überall, praktiziert wird.

Gerade psychisch oder auch chronisch kranke Menschen fühlen sich oft missverstanden oder entmutigt, wenn ihre, durchaus auch von einer Erkrankung geprägten, Lebenserfahrungen pathologisiert oder lediglich als Symptome gedeutet werden.“

Recovery – Definition

(nach Slade 2013)

Klinische Recovery (Remission, etc.)

- Begrifflichkeit von Professionisten
- Beseitigung von Symptomen
- Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit
- Rückkehr zur Normalität

Persönliche Recovery

- Beruht auf persönlichen Erfahrungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- *... ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess im Hinblick auf die Einstellungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und/oder Rollen eines Menschen im Leben und eine Möglichkeit, auch mit den Einschränkungen durch die Erkrankung ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Recovery beinhaltet die Entwicklung einer neuen Bedeutung und eines neuen Sinns im Leben, während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst. (William Anthony 1993)*

Traditioneller vs. Recovery-Ansatz - Arbeitspraktiken

Beschreibung

Funktionsstörung im Fokus

Krankheitsbasiert

Anpassung ans Programm

Erwünschte Passivität / Konformität

Betreuung durch Koordinatoren

Verständnis

Person im Fokus

Stärkenbasiert

Fachperson passt sich „Nutzer“ an

Stärkung der Selbstbestimmung

Selbstmanagement/ Peerbeteiligung

Risiko und Entscheidungskompetenz

„Bei der Herausforderung einer recovery-orientierten klinischen Praxisarbeit geht es um das Finden eines **Gleichgewichts zwischen der Würde des Risikos und der Pflicht, sich zu kümmern**. Wenn Fachkräfte Recovery unterstützen wollen, müssen sie Extreme auf einer Achse von Vernachlässigen bis Überbehüten verhindern.

... Fachleute haben eine **Verantwortung, mit den Menschen in Verbindung zu bleiben**, unabhängig davon, welche Wahlmöglichkeiten und Entscheidungen diese treffen.

... gehört das **Unterstützen bei Entscheidungen** zur soliden recovery-orientierten Praxis,
... Wir müssen den Zugang fördern zu Dienstleistungen, die Entscheidungen unterstützen, wir brauchen Entscheidungshilfsmittel und geteilte Entscheidungsfindung.“

Patricia Deegan, 2013

Integration ein Beispiel für Recovery im Behandlungssystem

LEITLINIE – QUALITÄTSSTANDARDS FÜR DIE OPIOID- SUBSTITUTIONS- THERAPIE

- „ ... *Selbstverständlich haben die Teilnehmerinnen/Teilnehmer persönliche, fachliche und wirtschaftliche Interessen.* Seine Interessen zu verfolgen ist legitim, ist ein Menschenrecht, das auch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Arbeitsgruppe nicht abzusprechen ist. Es kommt aber darauf an, *transparent und reflektiert mit diesen Interessen umzugehen; wo es erforderlich schien, wurden Interessen deklariert und diskutiert.* Auf dieser Basis sind die Ausführungen in der Leitlinie *unabhängig von Lobbying seitens Pharmafirmen, persönlichen Forschungsinteressen, Interessen von Fachgesellschaften oder industriefinanzierten Informations- und Fortbildungssystemen, Interessen von konkurrenzierenden Anbietern therapeutischer Interventionen, sowie auch weltanschaulichen und anderen als gesundheitspolitischen Bezügen.*
- „ ... *Die Eingeladenen vertraten in der Vergangenheit, z. T. auch in öffentlichen Medien, durchaus unterschiedliche Standpunkte.* In den Diskussionen wurde, soweit möglich, ein Konsens erarbeitet; wo kein Konsens erzielt wurde, wird dies im Text ausgewiesen ...“

Vielen Dank !

